

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou
diabéticos na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do
Piauí/PI.**

Roberto Mancebo Garzón

Pelotas, 2015



Roberto Mancebo Garzón

Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do Piauí/PI.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Tâmara Vieira Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G245m Garzon, Roberto Mancebo

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do Piauí/PI / Roberto Mancebo Garzon; Tamara Vieira Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Tamara Vieira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a toda a equipe de saúde da UBS Centro de Saúde Santa Rita no município de Tamboril do Piauí, que me apoiou e auxiliou no desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades enfrentadas e por ter me concedido esta experiência em minha vida.

A esta universidade, a minha orientadora Tâmara Vieira, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

GARZÓN, Roberto Mancebo. **Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos, na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do Piauí/PI.** 2015. 92f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

É de extrema importância o desenvolvimento de um projeto de intervenção no contexto da promoção em saúde, em especial no que se refere a usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus nesta Unidade de Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis afetam cada vez mais um maior número de pessoas, sendo associadas a fatores de riscos como o modo e estilo de vida. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são doenças cujo controle é essencial para a prevenção de complicações relacionadas, como alteração cardiovascular e cerebral, dentre outras. Constituindo um sério problema de saúde pública em todo o mundo. Portanto sentiu-se a necessidade de melhorar a atenção de hipertensos e/ou diabéticos, na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do Piauí/PI. A intervenção foi realizada de fevereiro a junho de 2015, visa orientar e incentivar o usuário a refletir sobre seu estilo de vida, que influencia direta e indiretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças. Construindo assim uma atenção mais humanizada e qualificada ao portador de HAS e DM. Para a realização deste trabalho foram desenvolvidas ações nos quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica. Sendo elas: avaliação do risco cardiovascular, realização de exames clínicos e laboratoriais, orientações nutricionais, incentivo a prática de atividade física, reorganização dos registros, grupos de educação em saúde, palestras educativas com o intuito de orientar os usuários sobre os riscos do não cuidado com sua saúde, visitas domiciliares, busca ativa aos usuários faltosos, reuniões com líderes da comunidade, qualificações para os profissionais. Além da divulgação na comunidade das ações realizadas na UBS. Para monitorar as ações foram utilizadas a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso. Na área de abrangência temos aproximadamente 2.753 habitantes, sendo 246 usuários com hipertensão e 38 com diabetes mellitus, de acordo com os dados atuais da UBS. A intervenção realizada teve como resultado o cadastramento de 218 (88,6%) usuários hipertensos e 38 (100%) diabéticos, conseguimos elevar os indicadores de qualidade, através dos exames clínicos e complementares em dia, prescrição de medicamentos da farmácia popular, realização da estratificação de risco cardiovascular, orientações nutricionais e odontológicas, incentivo a prática da atividade física, orientações sobre os riscos do tabagismo e etilismo. Os resultados obtidos virão a nortear novos caminhos a serem seguidos assim por diante, melhorando a qualidade de vida não somente dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas de toda a população adstrita desta UBS. Sendo de grande importância para sociedade deste município como um todo.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; promoção à saúde; hipertensão arterial; diabetes mellitus; prevenção de riscos.

Lista de Figuras

| | | |
|--------------|---|----|
| Foto 1 e 2 | Equipe de Saúde – UBS Centro de Saúde Santa Rita | 15 |
| Foto 3 | Atendimento Clínico na UBS | 22 |
| Foto 4 | Vista domiciliar aos usuários residentes na zona rural. | 55 |
| Foto 5 | Equipe de profissionais na palestra sobre tabagismo e etilismo | 56 |
| Foto 6 e 7 | Palestra sobre controle do tabagismo e etilismo | 56 |
| Foto 8 e 9 | Palestra sobre alimentação saudável e prática de atividade física. | 57 |
| Foto 9 e 10 | Palestra sobre alimentação saudável e prática de atividade física. | 57 |
| Foto 10 e 11 | Palestra sobre alimentação saudável e prática de atividade física. | 57 |
| Foto 12 e 13 | Ações de promoção de saúde bucal | 58 |
| Foto 14 e 15 | Grupo de Hipertensos e Diabéticos | 59 |
| Foto 16 | Coleta e transcrição dos dados coletados nas consultas e/ou visitas domiciliares. | 60 |

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Gráfico - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 64 |
| Figura 2 | Gráfico - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 64 |
| Figura 3 | Gráfico - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 65 |
| Figura 4 | Gráfico - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 66 |
| Figura 5 | Gráfico- Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 67 |
| Figura 6 | Gráfico - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 68 |
| Figura 7 | Gráfico-Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 69 |
| Figura 8 | Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 69 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 9 | Gráfico-Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 70 |
| Figura 10 | Gráfico - Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 70 |
| Figura 11 | Gráfico - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015 | 71 |
| Figura 12 | Gráfico - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 71 |
| Figura 13 | Gráfico - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 73 |
| Figura 14 | Gráfico - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 73 |
| Figura 15 | Gráfico - Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 74 |
| Figura 16 | Gráfico - Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015. | 75 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

| | |
|-------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| MS | Ministério da Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| PI | Piauí |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPeI | Universidade Federal de Pelotas |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

Sumário

| | |
|--|-----------|
| <u>Apresentação</u> | 13 |
| <u>1 Análise Situacional</u> | 15 |
| 1.1 <u>Texto inicial sobre a situação da ESF/APS</u> | 15 |
| 1.2 <u>Relatório da Análise Situacional</u> | 16 |
| 1.3 <u>Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional</u> | 23 |
| <u>2 Análise Estratégica</u> | 25 |
| 2.1 <u>Justificativa</u> | 25 |
| 2.2 <u>Objetivos e metas</u> | 27 |
| 2.2.1 <u>Objetivo geral</u> | 27 |
| 2.2.2 <u>Objetivos específicos e metas</u> | 27 |
| 2.3 <u>Metodologia</u> | 29 |
| 2.3.1 <u>Detalhamento das ações</u> | 29 |
| 2.3.2 <u>Indicadores</u> | 45 |
| 2.3.3 <u>Logística</u> | 50 |
| 2.3.4 <u>Cronograma</u> | 52 |
| <u>3 Relatório da Intervenção</u> | 54 |
| 3.1 <u>Ações previstas e desenvolvidas</u> | 54 |
| 3.2 <u>Ações previstas e não desenvolvidas</u> | 60 |
| 3.3 <u>Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados</u> | 61 |
| 3.4 <u>Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços</u> | 61 |
| <u>4 Avaliação da intervenção</u> | 63 |
| 4.1 <u>Resultados</u> | 63 |
| 4.2 <u>Discussão</u> | 76 |
| <u>5 Relatório da intervenção para gestores</u> | 80 |
| <u>6 Relatório da Intervenção para a comunidade</u> | 83 |
| <u>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</u> | 86 |
| <u>Referências</u> | 87 |
| <u>Anexos</u> | 88 |

Apresentação

O presente volume contém o trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade Educação a distância (EaD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Neste trabalho estão contidas informações sobre a intervenção realizada na Unidade Básica de saúde (UBS) Centro de Saúde Santa Rita, no município de Tamboril do Piauí/PI. Está organizado em quatro etapas, sendo elas: Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório de Intervenção e Avaliação da Intervenção.

Este trabalho foi realizado durante 16 semanas. Para a coleta de informações foram utilizadas planilhas de coleta de dados e ficha espelho, disponibilizadas pelo curso de especialização para melhor desenvolvimento desta intervenção. Durante este período foram desenvolvidas diversas atividades como capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes, grupos de apoio, palestras sobre diversos temas como: alimentação saudável, riscos ao tabagismo, orientações quanto à higiene bucal e prática educativa, em relação ao uso correto da medicação e a prática de atividades físicas, atendimentos clínicos e visitas domiciliares tanto na área urbana, quanto na área rural do município.

Na primeira etapa do projeto consta a Análise Situacional do serviço de saúde em relação à estrutura física da UBS, processo de trabalho e território de atuação. Na segunda etapa, consta a Análise Estratégica, onde foi justificada a escolha da população-alvo, propomos os objetivos e as metas, fizemos o detalhamento das ações, foram analisados os indicadores e apresentada a logística das ações. Foi elaborado o cronograma da intervenção com todas as ações a serem realizadas.

A terceira etapa do trabalho refere ao Relatório da Intervenção onde estão descritas as ações desenvolvidas no serviço de saúde no decorrer da intervenção, as dificuldades e facilidades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de trabalho do serviço de saúde.

Na quarta etapa, ao concluir o período da intervenção, encontra-se a Avaliação da intervenção, com a apresentação dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Como parte da divulgação das ações, foi feito o Relatório da Intervenção para Gestores e para a comunidade, destacando a importância da intervenção para os usuários, equipe e comunidade.

Por fim, na quinta etapa, trata-se de uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem obtido durante todo o curso de especialização.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo reorganizar a atenção básica no país, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS) com estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica.

A equipe de Saúde da Família é composta por no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). São acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal e ACS.

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (BRASIL, 2011)

O município de Tamboril do Piauí está localizado na região sudeste do estado Piauí a 450 km da capital do estado Teresina e possui uma população estimada de 2.753 habitantes de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por se tratar de uma cidade pequena conta apenas com uma Unidade Básica de Saúde, denominada Centro de Saúde Santa Rita, localizada na Rua Mateus Valente nº 12, realiza atendimento público vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A UBS possui apenas uma equipe de saúde da família composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico em enfermagem e 07 ACS, 01 odontólogo e 01 técnico em saúde bucal. Esses profissionais contam também com o apoio de

profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), fazendo parte da equipe: uma psicóloga, uma nutricionista, uma farmacêutica e um fisioterapeuta que auxiliam no melhor atendimento e acompanhamento destes usuários da área de cobertura da UBS, assegurando-lhes todos os direitos constitucionais de acesso aos serviços de saúde.

Foto 1 e 2 – Equipe de Saúde – UBS Centro de Saúde Santa Rita.



Fonte: Imagens obtidas pelo próprio autor do trabalho

A UBS do município conta com uma ótima infraestrutura, adequada as normas vigentes de acessibilidade aos portadores de algum tipo de deficiência. O município não conta com estabelecimento de pronto atendimento, nem de rede hospitalar, sendo que todos os casos mais graves são encaminhados a cidades vizinhas ou a capital de acordo com a necessidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Na UBS onde trabalho, atua uma equipe participativa, dedicada e empenhada em seu trabalho, o que estimula a promoção do Engajamento Público. O trabalho da equipe está centrado em princípios de igualdade e equidade perante a comunidade atendida. Tendo como prioridade ofertar serviços de saúde de qualidade, boa recepção, tratamento adequado, possibilitando assim uma oferta de serviços qualificados e um bom atendimento, pois quando o cidadão procura atendimento clínico ele encontra-se fragilizado emocionalmente e temos que levar em conta tudo isso, pois todo cidadão tem direito a saúde e atendimento de qualidade.

No Centro de Saúde Santa Rita é feito o acolhimento pela equipe de referência do usuário e todos os membros são responsáveis pelo acolhimento. Sendo realizado todos os dias, em ambos os turnos. Todos os profissionais são habilitados e qualificados para a realização da escuta da demanda espontânea, possibilitando um atendimento qualificado e humanizado ao usuário, direito do cidadão estabelecido na Constituição Federal e todos os profissionais da saúde devem ser responsáveis pelo cumprimento desta lei, assegurando um atendimento qualificado.

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo e evitando diferenciações injustas e negativas.

A UBS está estruturada no modelo de atenção da ESF, conta com uma equipe de atenção à saúde, sendo composta por médico, enfermeiras, odontólogo, técnico e auxiliar de enfermagem, técnico e auxiliar de consultório dentário, Agente Comunitário de Saúde, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. A respeito da carga horária, os profissionais trabalham quarenta horas semanais, com exceção do médico, que trabalha trinta e duas horas semanais, pois às oito horas restantes são para estudo pessoal.

A composição da equipe de saúde está adequada à população adstrita da área, que é em torno de 2.753 habitantes, sendo que 1.310 usuários são do sexo feminino e 1.443 do sexo masculino de acordo com dados do IBGE (2010).

Com relação à infraestrutura, a UBS de Tamboril do Piauí atende aos critérios de acessibilidade de acordo com suas possibilidades. A UBS possui rampas com corrimãos e pisos adequados e banheiros adaptados. Porém existe alguns detalhes que precisam ser melhorados, como a questão de painel com braile e recursos sonoros, que ainda não estão disponíveis na UBS, mas pouco a pouco todas as dificuldades vão sendo sanadas em prol de um bom atendimento livre de qualquer barreira.

Na UBS são realizadas coletas de materiais para a realização de exames complementares, onde são encaminhados para um laboratório que tem convênio com a Secretaria de Saúde do Município. O atendimento é feito de acordo com a ordem de chegada e preferencialmente a casos especiais como urgência e emergência, gestantes, idosos e pessoas com deficiência. A UBS também conta com o apoio do

NASF. A cidade não dispõe de atendimento hospitalar, sendo que os usuários que necessitam desse serviço são encaminhados para uma cidade vizinha.

Além das diferentes atividades programadas pela equipe, que são realizadas na UBS, os profissionais desta unidade atuam também no cuidado domiciliar, com a participação de outros profissionais do NASF, como fisioterapeuta, nutricionista e psicólogos, destacando que o principal objetivo é diminuir a morbimortalidade e ingresso em unidades de internação hospitalares, sempre tendo como critérios que uma vez que a situação não é resolvida pela equipe, encaminha este usuário a outro nível do sistema de saúde, respeitando o fluxo de referência e contra referência.

Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação e estratificação de risco como ferramenta, possibilitando identificar os diferentes graus de risco, as situações de maior urgência e com isso, enfatizando e dando às devidas prioridades.

Já em relação aos Programas de Saúde, no que diz respeito à Saúde da Criança, são realizadas consultas programadas para examinar a criança e diagnosticar possíveis doenças. E também orientar a mãe em relação aos cuidados com a criança, sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, imunizações e reforçar o apoio familiar, onde são adotados os protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde. A UBS adota ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, saúde mental, teste do pezinho, prevenção de anemia e violência. Sendo que todos os membros da equipe de saúde participam do atendimento de puericultura, para as crianças até zero a dois anos.

De acordo com os estudos realizados na UBS percebe que a realização de vacinas do calendário nacional de imunização, é feita de acordo com as normas vigentes no país. De acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP), a estimativa seria de 36 crianças, mas na UBS estão acompanhadas 18 crianças menores de dois anos, que estão em dia com o protocolo de 13 consultas durante os seis primeiros meses de vida da criança, apresentando uma cobertura de 50%. Temos que continuar na busca ativa destas crianças, que não estão sendo atendidas na UBS, para verificar o motivo do não comparecimento, se tem o esquema vacinal completo, se foram avaliadas quanto à saúde bucal, prevenção de acidentes. Modificando assim a visão de muitas mães, que só levam a criança na UBS, quando elas já apresentam um quadro patológico.

A cobertura para a realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida é de 100%, bem como a primeira consulta de puericultura, a realização da triagem auditiva, monitoramento do crescimento.

Já na atenção a saúde das gestantes, os responsáveis pela atenção e escuta das gestantes, são os ACS, auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e cirurgião dentista. Sendo estas atribuições de responsabilidade do médico: orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação exclusiva até os seis meses, o seguimento do calendário de vacinação. O médico também realiza o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornece o Cartão da gestante, realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco, intercalada com a presença do enfermeiro, solicita exames complementares e orienta o tratamento, prescreve medicamentos padronizados para o programa de pré-natal, realiza visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanha o processo de aleitamento e orienta a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar, dentre outras atribuições.

Em nossa UBS são acompanhadas 17 gestantes. Sendo que a cobertura do pré-natal de nossa área é 48%, pois de acordo com o CAP, o número estimado de gestantes seria 37.715. Fazendo um comparativo, esse valor está abaixo do estimado. O que pode ser justificado é que a maioria das gestantes encontra-se ou residem na área de abrangência da UBS, daí o pré-natal é iniciado no primeiro trimestre de gestação, porém existem algumas situações muito particulares, como de gestantes que mudam da área de abrangência da UBS, por não ter casa própria, e uma vez que retornam a área, geralmente estão no segundo trimestre de gestação e assim iniciarão o pré-natal, depois do período recomendado. Apesar de a equipe buscar a identificação precoce destas gestantes e sensibilizar sobre a importância de iniciar logo o pré-natal.

Os Indicadores de Qualidade estão bastante favoráveis, quase todos apresentam valores de 100%, pois todas as gestantes atendidas pela UBS recebem orientações de saúde, é atualizado o cartão vacinal, recebem suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, passam por consultas com odontólogos. Um grande desafio é a realização do exame ginecológico por trimestre, por parte destas usuárias, já que os Indicadores de Qualidade indicam apenas 59%, já que não é realizado pela razão de ter um “Doutor estrangeiro cubano e homem”, então os exames ginecológicos são realizados na maioria das vezes pela enfermeira. Apesar de que, o

médico tem toda disponibilidade e capacidade para realização deste exame, em conjunto com enfermeira, desde que a população aceite e desmistifique esse “constrangimento”.

Em relação à cobertura de atenção ao controle do câncer (CA) do colo do útero, deixa um pouco a desejar, pelo fato das usuárias não quererem fazer o exame citopatológico por diversos motivos, como timidez, a negação de fazer o exame com o médico, dentre outros fatores. O que resulta em indicadores baixos, pois as poucas mulheres que fazem o exame, o fazem esporadicamente, indicando baixos índices de cobertura deste exame, e que precisa ser melhorado. Na UBS temos 576 (100%) usuárias acompanhadas para a prevenção do CA de colo de útero, entretanto os Indicadores de Qualidade são baixos, como o número de mulheres com exame citopatológico em dia, têm apenas 274 (48%) usuárias. Tem também 302 (52%) de usuárias com exame citopatológico com mais de seis meses de atraso, dentre outros. Com certeza tem usuárias que nunca fizeram esse exame e precisamos mudar essa realidade, pois a prevenção é a melhor maneira de reduzirmos os casos de morbimortalidade ocasionada por essas doenças. A equipe discutiu a possibilidade do projeto de intervenção ser direcionada inicialmente para este público, mas repensamos e estamos primeiro buscando estratégias para gerar mais confiança entre as usuárias e os profissionais da UBS, principalmente o médico, conforme relatado anteriormente.

Já no programa de atenção à prevenção do câncer de mama, temos em nossa área 174 (97%) mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. De acordo com o CAP, a estimativa é de 179 usuárias. Entretanto apesar de ter uma boa cobertura a situação é delicada, pois os Indicadores de Qualidade estão baixos, como o número de mulheres com mamografia em dia, que é apenas de 50 (29%) usuárias. Acredito que pelo fato deste exame não ser feito na cidade, dificulta muito a realização deste por parte de muitas usuárias, pois tem um custo financeiro da viagem e também por relatarem que sentem muita dor durante o exame, então não fazem por medo. A equipe de profissionais da UBS já está buscando meios de conscientizar essas mulheres a realizar estes exames, pois o câncer precocemente diagnosticado tem mais chance de ser tratado e curado. Os gestores estão tomando medidas para a realização deste exame, através de um convênio do município com outro município maior e mais próximo, tendo um mês fixo para a assistência destas usuárias e

realização deste exame. Assim a cobertura da prevenção do câncer de mama terá grandes avanços e melhorias.

Sobre o Programa de Atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, vemos que na área da UBS existe um número significativo de usuários portadores destas doenças, constituindo hoje um dos principais problemas de saúde, já que a maioria das pessoas não tem hábitos alimentares saudáveis, não tem controle do seu peso corporal, já que a realização de atividade física não é feita de forma regular, apesar de que no dia a dia são orientados sobre o problema.

São adotados protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde e todos os membros da equipe participam do acolhimento e atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Apesar de que a cobertura da estratificação de risco cardiovascular entre os hipertensos e/ou diabéticos é de 100%, além do mais, todos recebem orientações sobre a prática de atividades físicas e orientação nutricional para uma alimentação saudável, mas ainda é necessário promover muitas mudanças nos hábitos de vida dessa população. O que pode melhorar nas ações de saúde da UBS é a contratação de um educador físico, pois para o tratamento destas doenças é necessário o acompanhamento deste profissional, com ações diárias e sistemáticas de exercício físico de baixo gasto cardíaco. Também é necessária a criação de um grupo de ginástica para estes grupos de usuários que possuem estas doenças, para estimular a prática de atividades físicas.

A UBS presta atendimento a 246 (51%) hipertensos e 38 (28%) diabéticos com dezoito anos ou mais, dados estes obtidos do cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A estimativa do número de hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais na área informado pelo CAP parece adequada à realidade, sendo 478 hipertensos e 137 para diabéticos. Porque estas pessoas não têm consciência que devem modificar seu modo e estilo de vida, trazendo consigo práticas de vida não farmacológica para a prevenção do surgimento destas doenças. Porque apesar dos usuários recebem acompanhamento regular e os Indicadores de Qualidade apresentarem valores elevados, quase todos em 100%, o acompanhamento não está sendo feito com a qualidade desejada, motivo principal da escolha para o foco da intervenção.

Foto 3: Atendimento clínico na UBS.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho

Referindo um pouco a Atenção a Saúde do Idoso, a UBS conta com o atendimento de 254 idosos com 60 anos ou mais, de acordo com o CAP, temos esse valor estimado em 100%. É realizada Avaliação Multidimensional do Idoso, que é utilizada para avaliar sua saúde, sua funcionalidade e incapacidade, sendo avaliados através do desenvolvimento de atividades de vida diária e funções principais, como mobilidade e comunicação, encontrando dentro deste, continência esfincteriana, visão, audição entre outros. Também é realizado uma vez por semana, visitas domiciliares pré-estabelecidas para os idosos acamados que não podem ser deslocados até a UBS, onde nesta visita está presente toda a equipe de saúde. São adotados por toda equipe de saúde protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde para o atendimento a essa população. Os Indicadores de Qualidade apresenta percentuais elevados, como 100% dos idosos possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, destes 100% também realizaram a Avaliação Multidimensional Rápida, estão com acompanhamentos em dia, receberam orientações nutricionais, sobre prática de atividade física regular, avaliação de saúde bucal, dentre outras ações.

O que precisa ser melhorado é a criação de um grupo de idosos para a realização de atividades de prevenção de doenças e agravos e ações de promoção à saúde, sendo hoje muito importante a presença de um educador físico para orientar e realizar atividades físicas, promovendo e estimulando assim o autocuidado com a saúde.

Com relação à saúde bucal, no município conta com atendimento diário, onde são realizados atendimentos com a orientação sobre ter uma alimentação saudável e higiene bucal a todos os usuários, desde a faixa pré-escolar, escolar, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e demais usuários. Contamos com ações de prevenção e atendimento clínico propriamente dito. Apesar de diversas ações, os Indicadores de Cobertura para o número de atendidos em primeira consulta e com atendimento não programado ainda não atende as expectativas da equipe, podendo ser aumentados, para isso a equipe trabalha diariamente para mudar essa realidade.

Em geral, os Indicadores de Cobertura do Caderno de Ações Programáticas são bastante favoráveis, tendo os seguintes números: pré-natal 48%, puerpério 100%, saúde da criança 50%, câncer do colo do útero 100%, câncer de mama 97%, hipertensão 51%, diabetes 28% e saúde da pessoa idosa 100%.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando os aspectos tanto em esfera nacional quanto local nota-se que a UBS de Tamboril do Piauí trabalha para melhorar dia após dia as ações de saúde. A unidade tem uma boa estrutura física, conta com funcionários dedicados e esforçados, porém ainda existem algumas dificuldades, principalmente em relação à falta de medicamentos, sendo que essa dificuldade está sendo tratada como prioridade pelos gestores. Temos também com empecilho para o desenvolvimento de diversas ações de saúde, a inexistência de um educador físico para a orientação e realização de atividades físicas. Entretanto já está nos planos da Secretária Municipal de Saúde a contratação de um profissional nesta área, para contribuir com as ações de saúde na UBS.

Após a Análise Situacional percebemos que houve mudanças significativas no acolhimento aos usuários, os questionários ajudaram bastante em relação à organização e conhecimento dos problemas existentes na UBS. As fragilidades encontradas na UBS dizem respeito a pouca quantidade de medicamentos e a falta de um cadastramento organizado e adequado aos programas existentes na UBS.

Pois através dos questionários, utilizados na Análise Situacional, permitiu ampliar o nosso olhar, tornando mais qualificado a cerca do processo de trabalho que era desenvolvido na UBS, pois não realizamos as ações baseadas em 100% nos

Protocolos de Saúde, começamos a valorizar o acolhimento dos usuários, e a necessidade de ampliar as ações de promoção de saúde. Além disso, pudemos também avaliar a estrutura física da UBS, na qual encontramos algumas dificuldades e carências. Outro ponto fundamental foi à sensibilização dos profissionais sobre a importância de oferecer um serviço de qualidade, cumprindo com os princípios do SUS, cada profissional respeitando e sabendo quais as atribuições de cada um na equipe e a importância do trabalho em grupo. A comunidade já observa essas mudanças positivas realizadas na UBS e começa a se interessar mais pelas ações e atividades desenvolvidas pela equipe, que tem como objetivo estimular a importância da promoção de saúde e prevenção de doenças, que constituem os principais objetivos da atenção primária a saúde.

Além do mais, com o decorrer das atividades da análise situacional, foi possível observar os dados de cobertura dos programas de saúde e pensar sobre a importância da criação e do desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, com um método eficiente e prático e que sensibilize a comunidade e contribua com o processo de trabalho dos profissionais. Além, da importância de capacitar sempre a equipe de saúde, buscando uma melhor atenção do acolhimento e do atendimento prestado a comunidade.

Pois compreendemos que os processos de mudanças buscando melhorias nas ações e nos serviços de saúde são lentos, porém quando são identificadas e visualizadas as potencialidades da equipe, o processo de trabalho é modificado, garantindo assim uma oferta de serviços de qualidade para a população.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A intervenção será desenvolvida no Centro de Saúde Santa Rita, no município de Tamboril do Piauí, que conta com uma população de 2.381 habitantes. O projeto visa orientar e incentivar o usuário a refletir sobre seu estilo de vida, que influência direta e indiretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças. Construindo assim uma atenção mais humanizada e qualificada ao portador de HAS e DM.

Pois a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA) ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Já o termo Diabetes Mellitus refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

Então os profissionais inseridos na ESF devem proporcionar o que chamamos de educação/promoção à saúde, visando a prevenção das várias complicações que acometem os portadores destas doenças. A ação será realizada por toda equipe de saúde da família, que contará também com apoio de equipe do NASF desta UBS, a fim de possibilitar uma interação entre funcionários e usuários da UBS, onde todos os

princípios do SUS sejam respeitados e melhor ainda, sejam cumpridos com dignidade no contexto de nossa ESF.

O público alvo das ações de promoção será os hipertensos e diabéticos da área adstrita da UBS, sendo 261 hipertensos e 44 diabéticos. População esta que merece um acompanhamento detalhado e humanizado, pois são doenças que vem acometendo grande parte da população e que surgindo agravos que podem levar a morte.

Na UBS já são realizadas algumas ações como o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da UBS, exposição de cartazes e banners de orientação sobre as patologias, são entregues aos usuários folders que orientam a ter um estilo de vida saudável e também são apresentados vídeos explicativos, por meio de recursos audiovisuais. Mas compreendemos que precisamos intensificar as ações para esta população alvo, buscando melhorias na qualidade de atenção para o acompanhamento e tratamento destas patologias.

Esta intervenção é de extrema importância, pois vem solidificar ações que já são realizadas na UBS e implementar novas ações que venham auxiliar os usuários na promoção a saúde, possibilitando-os a melhorar o seu estilo de vida, pois estas doenças são agravadas pela falta de hábitos alimentares saudáveis, o uso excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e a falta de atividades físicas. O enraizamento destes hábitos de vida pela população serão as principais dificuldades enfrentadas durante a intervenção, porque a população tem dificuldades em aceitar as propostas de mudanças de estilo de vida. Outros problemas enfrentados, serão a falta de educador físico, a falta de medicamentos disponíveis na farmácia popular e baixa adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Entretanto a equipe está preparada desde o ponto de vista teórico-prático para o acompanhamento destes usuários e já estão sendo utilizados os protocolos de atendimento que foram disponibilizados através do Curso de Especialização. Pois esperamos que com esse trabalho, possamos sensibilizar sobre a importância do autocuidado, contribuindo assim com as melhorias da qualidade de vida e reduzindo assim os casos de morbimortalidade ocasionadas por estas patologias.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar à atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos maiores de 18 anos, na Unidade Básica de Saúde da Família - Centro de Saúde Santa Rita, do município de Tamboril do Piauí/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Centro Saúde Santa Rita, no Município de Tamboril do Piauí/PI. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos maiores de 18 anos, da área de cobertura da UBS, tanto do sexo masculino como do sexo feminino.

Para a obtenção das informações, serão utilizados os registros disponíveis nos prontuários clínicos, as fichas espelho de cada usuário. Posteriormente essas informações coletadas serão transcritas para a Planilha de Coleta de Dados, que foi disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família – UFPEL, e por fim os resultados serão analisados e discutidos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

EIXO: Monitoramento e Avaliação.

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

- A equipe fará revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM;
- Será feita busca ativa por parte dos ACS para realizar o cadastrado dos usuários que pertencem à área adstrita.
- Serão discutidos os dados levantados nas reuniões da equipe.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

- A enfermeira e o médico farão revisões de prontuário e da ficha espelho da área periodicamente, para garantir o controle do registro de dados dos usuários cadastrados.
- Envolver toda equipe no processo de cadastramento.
- O médico e a enfermeira irão periodicamente verificar o funcionamento/calibração dos aparelhos da pressão e do hemoglicoteste.

EIXO: Engajamento Público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações:

- Os ACS da UBS informarão a comunidade sobre a existência do projeto.
- Irão ser disponibilizados panfletos para divulgação e orientação da importância do rastreamento da HAS e DM a partir dos 18 anos de idade.
- Acontecerão palestras educativas na UBS com o intuito de mostrar os riscos para o desenvolvimento destas doenças essas palestras acontecerão em local cedido pelo gestor.
- Orientar os usuários sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes, durante as consultas, salas de espera e nos grupos.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações:

- Serão ofertados minicursos para os ACS, orientando-os para o cadastramento de hipertensos e ou diabéticos de toda área de abrangência da Unidade de Saúde, esses minicursos serão realizados pelo médico e a enfermeira.
- Serão ofertadas oficinas para toda equipe da UBS a fim de orientá-los para a técnica da verificação da pressão arterial e hemoglicoteste em adultos.
- Durante as reuniões e/ou capacitações, o médico e a enfermeira avaliarão periodicamente a técnica de verificação da Pressão Arterial pelos técnicos de enfermagem.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

EIXO: Monitoramento e Avaliação.**Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das Ações:

- A equipe irá monitorar a realização de exames clínicos apropriados e exames complementares de acordo com o protocolo e essa revisão será feita através dos prontuários e da ficha espelho
- Os responsáveis pelo atendimento na farmácia Popular fará o controle dos medicamentos tanto de entrada como saída de medicamentos.
- O médico fará uma avaliação de quais usuários precisam de atendimento odontológico.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço**Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; • organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das Ações:

- O médico e a enfermeira definirão as atribuições de todos os membros da equipe capacitando-os de acordo com os protocolos seguidos. Pactuando o papel de cada um no acompanhamento dos usuários da população-alvo.
- A farmacêutica controlará o estoque dos medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos.
- O médico e a enfermeira avaliarão o usuário com necessidade de atendimento odontológico
- Avaliarão e controlarão periodicamente a realização dos exames complementares durante consultas e também nas visitas domiciliares.
- Os profissionais realizarão exame da cavidade oral nas consultas e visitas domiciliares.
- O gestor garantirá meios para a realização de exames complementares para usuários.
- A agenda para atendimento odontológico será organizada de acordo com a demanda.

EIXO: Engajamento Público**Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão e/ou Diabetes por meio de panfletos e dos ACS nas visitas domiciliares.
- Toda equipe da Unidade de saúde orientará por meio de palestras os usuários e a comunidade sobre os riscos que estas doenças trazem a vida.
- Confeccionar cartazes e material educativo a respeito aos riscos da Diabetes e a Hipertensão para serem disponibilizados na UBS.
- Durante as consultas, grupos e visitas domiciliares, os profissionais devem sensibilizar a comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares periodicamente, para manter um bom controle e prevenção das referidas patologias.
- A equipe de profissionais deverá orientar os usuários quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular.
- A população será orientada a ter uma boa higiene bucal e também a fazer visitas ao dentista sempre quando necessário.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- Serão realizadas oficinas para atualizar e capacitar a equipe para realização de exame clínico apropriado, usando o protocolo adotado pela unidade de saúde,
- Serão ofertados minicursos para orientar a equipe sobre alternativas para obter acesso a medicamento da farmácia.
- O médico em parceria com os profissionais de odontologia deverão orientar os profissionais da equipe em geral, qualificando os profissionais, para que os mesmos tenham capacidade de avaliar e identificar os usuários com necessidade de encaminhamento para avaliação odontológica.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

EIXO: Monitoramento e Avaliação**Ações:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) em hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- A equipe fará revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários faltosos com HAS e/ou DM e do cumprimento da periodicidade das consultas;
- O usuário deverá ter conhecimento antecipado da data da próxima consulta, sendo informado nas consultas ou através dos ACS.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço**Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos através das ACS.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa.

Detalhamento das Ações:

- Será feita busca ativa por parte dos ACS para adesão dos usuários faltosos que pertencem à área adstrita, sendo agendado acolhimento destes faltosos.
- A equipe confeccionará de uma lista diária de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas.
- O médico e a enfermeira deverão informar às ACS quais são os usuários faltosos para a recuperação das consultas.
- A agenda será adaptada aos usuários faltosos sendo organizada na 1ª, 4ª, 8ª, 12ª e 16ª semana.
- Serão também ofertados atendimentos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos em demanda espontânea e que não frequentam com regularidade a UBS.

EIXO: Engajamento Público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das Ações:

- Será feito através de recursos audiovisuais a publicidade e orientação sobre a importância da realização das consultas, ouvindo deles estratégias para não ocorrer evasão.
- Será esclarecido, por meio do médico, enfermeira e ACS, à população alvo a importância da periodicidade preconizada para a realização das consultas.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das Ações:

- Serão realizadas oficinas com a temática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, trazendo novas informações e atualizações sobre as patologias com os ACS para que

eles possam orientar hipertensos e diabéticos da área sobre a importância e a necessidade de realizar as consultas de acordo com sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

EIXO: Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar e avaliar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das Ações:

- A equipe fará revisão das fichas de acompanhamento dos usuários com HAS e DM, com o objetivo de melhorar a qualidade no acompanhamento desses usuários.
- Serão discutidos os dados levantados e nas reuniões da equipe serão lançadas ideias para melhorar o registro das informações.
- O médico e a enfermeira sensibilizarão e qualificarão os profissionais da equipe sobre a importância de realizar os registros de forma correta.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das Ações:

- Toda equipe da UBS procurará manter atualizadas as informações no sistema de registro SIAB e nas fichas de acompanhamento.
- A técnica em enfermagem será responsável pelo monitoramento dos registros.
- Será usada a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso, como forma de sistema de registro onde serão arquivadas as informações resultantes da intervenção.

EIXO: Engajamento Público

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção e qualificação de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

Detalhamento das Ações:

- O médico e enfermeiro orientarão os usuários sobre todos seus direitos, inclusive sobre a manutenção de seus registros e acesso a segunda via se necessário.
- Os usuários e acompanhantes e/ou responsáveis serão sensibilizados sobre a importância de informar corretamente todas as informações solicitadas pela equipe de saúde.
- Os usuários serão informados que é necessário informar qualquer mudança que exista com seus registros, para que seja feita atualização dos dados.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das Ações:

- Serão realizadas oficinas com o intuito de capacitar a equipe técnica, orientando-os para o preenchimento adequado das fichas e registros em todas as consultas dos hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

EIXO: Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das Ações:

- A equipe fará revisão da ficha espelho afim de monitorar os usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, com o objetivo de melhorar este atendimento.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das Ações:

- Depois da revisão das fichas de estratificação de risco, será dada prioridade a estes usuários, organizando um agendamento para o atendimento desta demanda.
- Os ACS deverão realizar busca ativa, identificando os usuários classificados como de alto risco que não são cadastrados e/ou não comparecem a UBS.
- A agenda será organizada para atendimento e será dada prioridade aos usuários classificados de alto risco.

EIXO: Engajamento Público

Ações:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática de atividade física, redução do etilismo e tabagismo).

Detalhamento das Ações:

- O médico e a enfermeira durante as consultas sempre orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância das consultas médicas.
- A nutricionista realizará palestras educativas sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis.
- Expor materiais educativos sobre o controle dos fatores de riscos e as possíveis complicações que poderiam surgir com o descontrole das patologias.
- Promover grupos de saúde para discutir sobre a importância de controlar os fatores de risco e as possíveis complicações que são desencadeadas pelo não controle da Hipertensão e do Diabetes.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das Ações:

- Toda a equipe da UBS será capacitada para a realização da estratificação de risco e sua importância.
- O médico e a enfermeira serão os responsáveis por qualificar a equipe sobre os fatores de risco modificáveis durante as reuniões.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos**Metas 6:**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo e etilismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das Ações:

- Toda a equipe orientará os usuários, por meio de palestras, a importância de ter uma alimentação saudável, praticarem atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, importância da higiene bucal.
- O médico monitorará através dos registros clínicos bem como nas visitas domiciliares se os usuários estão recebendo as devidas orientações.

EIXO: Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das Ações:

- Todos os membros da equipe orientarão os usuários para uma boa alimentação, atividade física e abandono ao tabagismo.
- Serão realizadas palestras com a nutricionista com objetivo de orientar a população sobre a importância de ter hábitos alimentares saudáveis.
- Serão planejadas em conjunto com a nutricionista da UBS, as ações de âmbito nutricional.
- O Gestor fará parcerias institucionais para envolver educadores físicos ao projeto.
- O médico definirá um tempo médio em suas consultas para garantir um bom atendimento e dar as devidas orientações.
- Serão criados na UBS grupos de combate ao tabagismo.

EIXO: Engajamento Público

Ações:

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos, e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das Ações:

- A equipe de saúde mobilizará os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela UBS e seus familiares para a formação e participação dos grupos educativos.
- Os profissionais informarão a comunidade sobre a importância de tomar os devidos cuidados para evitar essas doenças e sobre os fatores de riscos que elas trazem a vida.
- Instituição de grupos em educação em saúde, formados por usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS.
- Serão produzidos pela equipe de saúde materiais educativos para orientar aos usuários da importância da alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e a importância da higiene bucal.
- A equipe de saúde promoverá palestras, reuniões, feiras em escolas com o objetivo de sensibilizar a comunidade sobre a importância da Promoção da Saúde para os usuários portadores de Hipertensão e/ou Diabetes.

EIXO: Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das Ações:

- Realização de capacitação para a equipe multidisciplinar da UBS, sobre atividades educativas em saúde, como alimentação saudável, prática de atividade física, abandono ao tabagismo e higiene bucal.
- O médico e a enfermeira capacitarão os ACS para a orientação sobre metodologias de educação em saúde de todos os hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS.
- O médico convidará a nutricionista e o odontólogo para realizar ações de matriciamento, para qualificar a equipe quanto às práticas de alimentação saudável e cuidados com referente à saúde bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência unidade de saúdes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúdes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos, como fonte de estudo e bibliografia vai ser adotado o Protocolo do Ministério da Saúde sobre Hipertensão e Diabetes, nº 36 e 37, ano 2013. Utilizaremos todos os cadastros dos usuários, assim como a análise dos prontuários clínicos dos mesmos para coletar, analisar os dados e realizar as avaliações para dar seguimento às ações projetadas. Além da ficha espelho, planilha de coleta de dados, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional.

Para organizar o registro específico do programa, o médico e a enfermeira farão semanalmente a revisão destes arquivos, identificando os usuários portadores das patologias, verificando os faltosos ao retorno programado e identificando procedimentos em atraso, bem como os adultos portadores de HAS e DM de risco cardiovascular. Será feito também busca ativa das fichas dos adultos com HAS e DM, por parte da enfermeira e ACS, a fim de verificar e fazer um levantamento do número de usuários que pertencem à área adstrita.

Durante o período da intervenção, o médico fará a capacitações com carga horária de quinze horas para os membros da equipe do Centro de Saúde Santa Rita, no município de Tamboril do Piauí.

Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos e/ou diabéticos previstos no protocolo (consultas em dia). Depois da revisão das fichas de estratificação de risco será dada prioridade, por parte do médico, a estes usuários organizando um agendamento para o atendimento desta demanda. Todas essas ações serão desenvolvidas durante as reuniões de equipe da UBS. Pretendemos melhorar a qualidade no atendimento a esses usuários, através destas ações.

Os ACS informarão a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da unidade de saúde, por meio de orientação, entrega de panfletos. E na própria UBS existem diversos materiais educativos, informando sobre os programas desenvolvidos na UBS, as ações que são desenvolvidas e os resultados das mesmas.

Nas semanas da intervenção, a nutricionista realizará palestras educativas para orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos. O médico e a enfermeira realizarão palestras educativas sobre os riscos que o tabagismo pode trazer a vida. O odontólogo orientará no sentido da importância de uma adequada higiene bucal. Também serão organizadas práticas coletivas para orientação de atividade física com parceria institucional.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante estas semanas de intervenção na UBS de Tamboril do Piauí foram desenvolvidas ações que visam a melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e ou diabéticos. E neste período foram desenvolvidas várias ações para viabilizar nossos objetivos e metas.

Primeiramente foi realizada a divulgação do projeto através de cartazes expostos tanto na UBS, como em lugares estratégicos da cidade como mercados, praça pública, prefeitura municipal entre outros, também foi realizada a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes 2013. Esta capacitação ocorreu no dia 02 de fevereiro na própria UBS e teve como objetivo capacitar todos os membros da equipe para melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, capacitar a equipe para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

No mesmo momento foi estabelecido o papel de cada profissional no desenvolvimento deste projeto. Todo o material necessário ao atendimento destes usuários foi disponibilizado pelo gestor.

Também foram realizadas conversas com os ACS para que eles durante as visitas domiciliares possam relatar a existência e a importância do projeto e que os mostrem para esses usuários que eles possam vir às consultas com mais frequência.

Também foi conversado com o gestor a possibilidade de agilizar a realização de exames clínicos e complementares para os usuários para que possamos melhorar a qualidade do atendimento e alcançar nossas metas, e o mesmo garantiu nos ajudar.

Durante consultas observei que alguns usuários mencionaram que já tinha controlado a pressão arterial e, portanto não iriam seguir tomando a medicação, então senti a necessidade durante a palestra sobre alimentação saudável, que foi realizada no dia 26 de fevereiro em uma escola do município, de mencionar a importância de seguir corretamente o uso da medicação no tratamento da hipertensão e da diabetes, pois a combinação de uma alimentação saudável o uso de medicamentos e outras ações controlam estas patologias. O que também foi notado que estes usuários não acreditavam que uma alimentação saudável pode melhorar sua qualidade de vida, a Nutricionista da UBS fez uma palestra bastante esclarecedora neste sentido e a partir de agora muitos que estavam presentes iram pouco a pouco mudar sua alimentação.

Durante atendimentos na zona rural deste município, pude perceber que esta população estava carente de informações e que muitas vezes não sabem como seguir o tratamento medicamentoso e não tem hábitos alimentares saudáveis. Então decidi durante os atendimentos informarem-lhes sobre a importância do tratamento medicamentoso e como eles deveriam seguir esse tratamento.

Foto 4: Visita domiciliar aos usuários residentes na zona rural.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho.

As palestras realizadas neste período de intervenção foram bastante relevantes por que com elas a população ficou mais e informada e aos poucos foi percebendo que todas as orientações contidas nelas eram importantes a sua saúde e

que eles teriam que mudar seu estilo de vida para poder ter uma boa qualidade de vida.

Foto 5: Equipe de profissionais na palestra sobre tabagismo e alcoolismo.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho

Fotos 6 e 7: Palestra sobre controle do tabagismo e etilismo.



Fonte: Imagem obtida pelo próprio autor do trabalho

Fotos 8; 9; 10 e 11: Palestra sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas.



Fonte: Imagens obtida pelo próprio autor do trabalho.

Foto 12 e 13: Ações de promoção de saúde bucal, realizadas pelo odontólogo.



Fonte: Imagens obtida pelo próprio autor do trabalho

Nos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos, foi ressaltada a importância de se ter hábitos saudáveis e mudar o estilo de vida. Foi discutido sobre a importância de controlar os fatores de risco e as possíveis complicações que são desencadeadas pelo não controle da Hipertensão e do Diabetes. Também foi ouvida a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes e nesta conversa conseguimos várias ideias que iremos adotar no engajamento ao público, ideias estas como colocar lembretes na rádio comunitária do município, a fim de lembrar os usuários de suas consultas e este meio de comunicação tem bastante retorno, pois a comunidade é bastante assídua a este meio. Nestes grupos também tivemos o apoio de um educador físico disponibilizado pelo gestor a fim de nos auxiliar durante este período. Ficando estabelecido este apoio também ao termino desta intervenção.

Foto 14 e 15: Grupo de hipertensos e diabéticos.



Fonte: Imagens obtida pelo próprio autor do trabalho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar de todos os esforços e da ampliação da cobertura do programa a UBS ainda conta com alguns usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda não foram cadastrados. Devido a uma falha técnica da equipe no uso da ficha espelho e da planilha de coleta de dados. Fato este que prejudicou no preenchimento das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que foram cadastrados na UBS durante este período de intervenção.

Foto 16: Coleta e transcrição dos dados coletados nas consultas e/ou visitas domiciliares.



Fonte: Imagens obtida pelo próprio autor do trabalho.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As maiores dificuldades enfrentadas foram o baixo número de atendimento logo nas primeiras semanas, devido à resistência dos usuários em frequentar a UBS e também ao desconhecimento dos mesmos da importância de ter um acompanhamento regular de saúde.

Uma das principais dificuldades em relação à coleta e sistematização dos dados foi nas primeiras semanas de intervenção devido a inexperiência com o uso da planilha de coleta de dados e também na semana de minhas férias, onde a equipe de saúde da família não conseguiu coletar e cadastrar adequadamente todos os usuários atendidos neste período, resultando em um baixo percentual neste período.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção gerou muitos frutos que irão perdurar por muitos anos. Agora que chegamos ao fim deste projeto podemos perceber que toda a equipe estava integrada e comprometida com esta intervenção, fazendo com que assim ela seja incorporada a rotina de serviços da UBS. Algumas dificuldades foram encontradas, mas que ao longo do tempo servirão de base para melhorarmos a qualidade de nossas ações junto ao atendimento destes usuários acompanhados.

Com a realização desta intervenção foram incorporadas as ações na rotina da UBS, como exame físico completo e adequado, atendimento clínico prioritário aos usuários com riscos cardiovasculares, o apoio de um educador físico e a organização no cadastro destes usuários.

Todas as ações, realizadas durante este período de intervenção, serão incorporadas a rotina da UBS inclusive o apoio de um educador físico, pois a UBS antes desta intervenção não contava com o apoio deste profissional. Para isto iremos ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários da área adstrita da UBS, conscientizando toda a comunidade em relação à necessidade

da priorização da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos em especial os de alto risco.

4. Avaliação da intervenção.

4.1 Resultados

A intervenção realizada na UBS Centro de Saúde Santa Rita no município de Tamboril do Piauí/PI, proporcionou melhoria da atenção à saúde de usuários Hipertensos e Diabéticos maiores de 18 anos, na UBS Centro de Saúde Santa Rita, no município de Tamboril do Piauí/PI. Conforme dados do cadastramento atual da população, na área adstrita à UBS existem 246 hipertensos e 38 diabéticos cadastrados, o que representa (100%) da população cadastrada. Conforme estimativa gerada no Caderno de Ações Programáticas, disponibilizado pelo Curso de Especialização, a UBS conta com uma população total de 2.381 pessoas, sendo que 478 são usuários com hipertensão e 137 com diabetes. Entretanto, caso seguissemos os dados do VIGITEL seriam outros valores, já que a estimativa é de 362 usuários com hipertensão e 89 com diabetes. E como a UBS tem uma cobertura real de 100%, apontando assim 246 usuários com hipertensão e 38 usuários com diabetes e caso seguisse os valores da planilha, teríamos outros percentuais, optamos por utilizar os valores reais que possuímos.

Visando atingir o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 80% dos hipertensos e 80% dos diabéticos da área adstrita da UBS do Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Dessa forma, com relação aos hipertensos conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 88,6%. No primeiro mês foram cadastrados 56 hipertensos (22,8%), no segundo mês 133 (54,1%), no terceiro mês 159 (64,6%) e no quarto mês 218 (88,6%), conforme apresentado na figura 1.

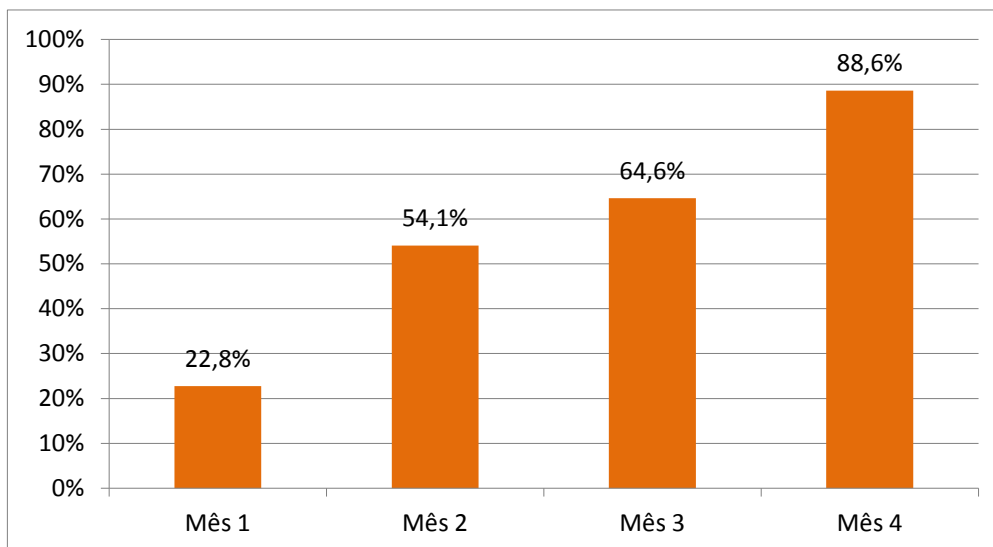


Figura 1 Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Centro de Saúde Santa Rita/PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Já em relação aos usuários com diabetes, alcançamos ao final da intervenção, uma cobertura de 100%. Pois no primeiro mês do projeto, foram cadastrados 11 usuários com diabetes (28,9%), no segundo mês 27 (71,1%), no terceiro mês 35 (92,1%) e no quarto mês 38 (100%).

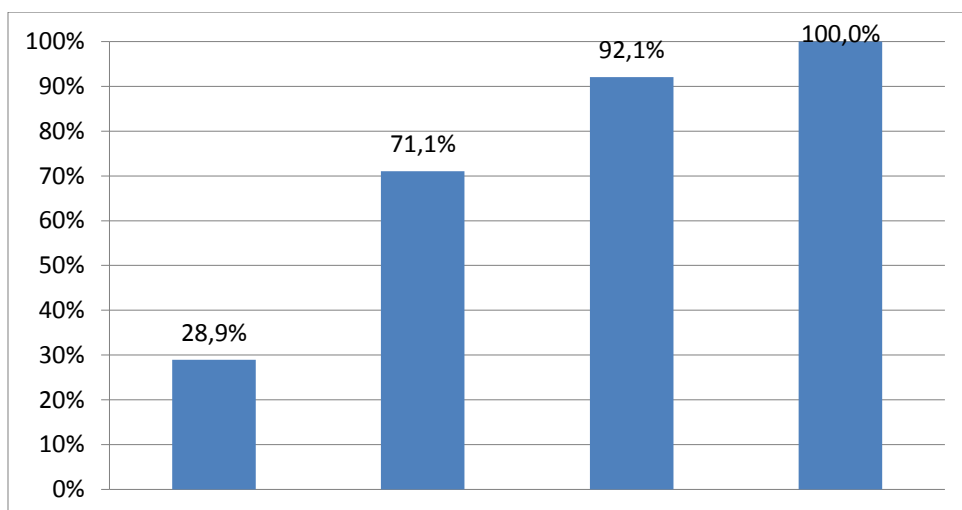


Figura 2 Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Centro de Saúde Santa Rita/PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Sendo que ao final da intervenção foram cadastrados e atendidos 218 hipertensos e 38 diabéticos. Para obter esse bom resultado toda a equipe esteve empenhada em informar a comunidade sobre a existência e a importância deste

projeto, a equipe monitorou o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, foi feita uma busca ativa por parte dos ACS para realizar o cadastro dos usuários que pertencem à área adstrita, o acolhimento aos portadores de HAS e DM foi melhorado a fim de se garantir o retorno desses usuários a UBS. Pois a reorganização no processo de trabalho da UBS contribuiu muito para a elevação dos indicadores, como o monitoramento e avaliação da cobertura, a sensibilização dos profissionais sobre o acolhimento dos usuários, a importância da realização do cadastramento da população-alvo, a busca ativa pelos ACS, a reorganização da agenda para atender a demanda espontânea e os usuários faltosos, a realização dos grupos de saúde, contribuiu para o sucesso desse trabalho.

Para atingir o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, constituiu como segunda meta realizar e garantir exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos. Porém, no primeiro mês de intervenção 33 (58,9%) dos usuários com hipertensão realizaram exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 110 (82,7%), terceiro mês 136 (85,5%) e no quarto mês 195 (89,4%) dos usuários portadores de hipertensão.

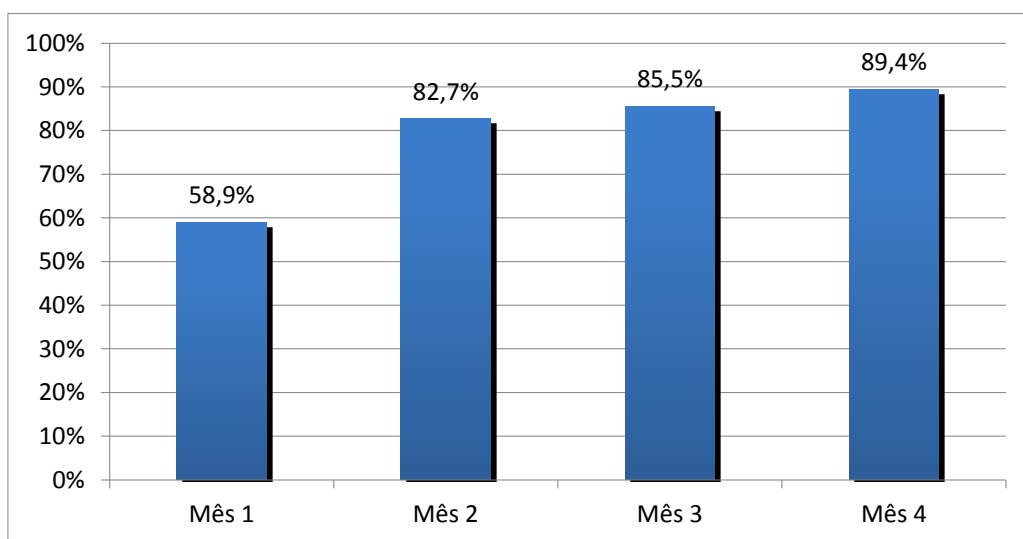


Figura 3 Gráfico: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita/PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Já com relação aos usuários portadores de diabetes, no primeiro mês de intervenção, 7 (63,6%) destes usuários estavam com exame clínico em dia de acordo

com o protocolo, no segundo mês 23 (85,2%), terceiro mês 31 (88,6%) e no quarto mês 34 (89,5%).

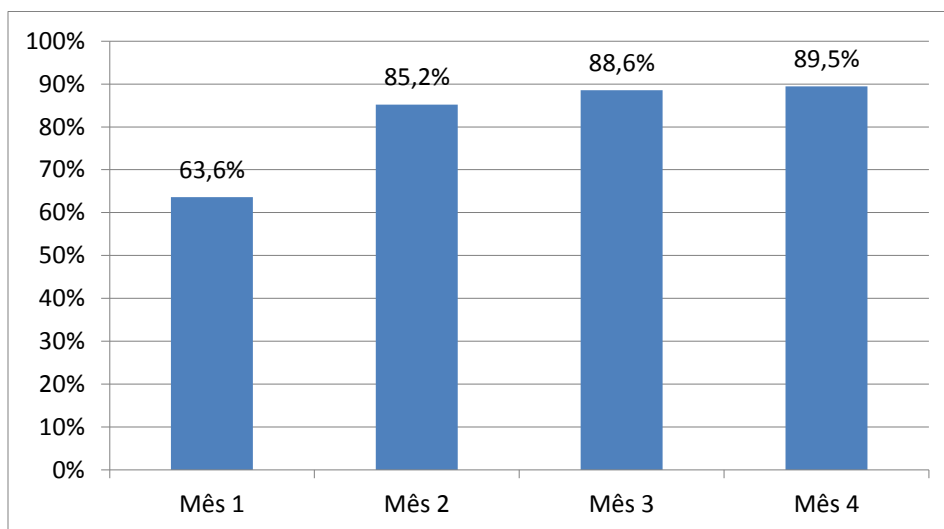


Figura 4 Gráfico: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita/PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Apesar de não termos alcançado a meta proposta de 100%, avaliamos como um bom resultado para esta ação, já que foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo em mais de 89% dos hipertensos e diabéticos. Tendo em vista que anteriormente esta UBS não contava e nem disponibilizava estes exames para todos os usuários, porém entre conversas com o gestor ficou estabelecida a realização do exame clínico para estes usuários.

Buscando ainda mais contribuir com a qualidade de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, foi proposto como meta garantir a 100% destes usuários a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Verifica que em relação aos usuários com hipertensão, que no primeiro mês do projeto de intervenção, 30 (53,6%) dos hipertensos que realizaram exames complementares, no segundo mês 73 (54,9%), terceiro mês 93 (58,5%) e no quarto mês 144 (66,1%).

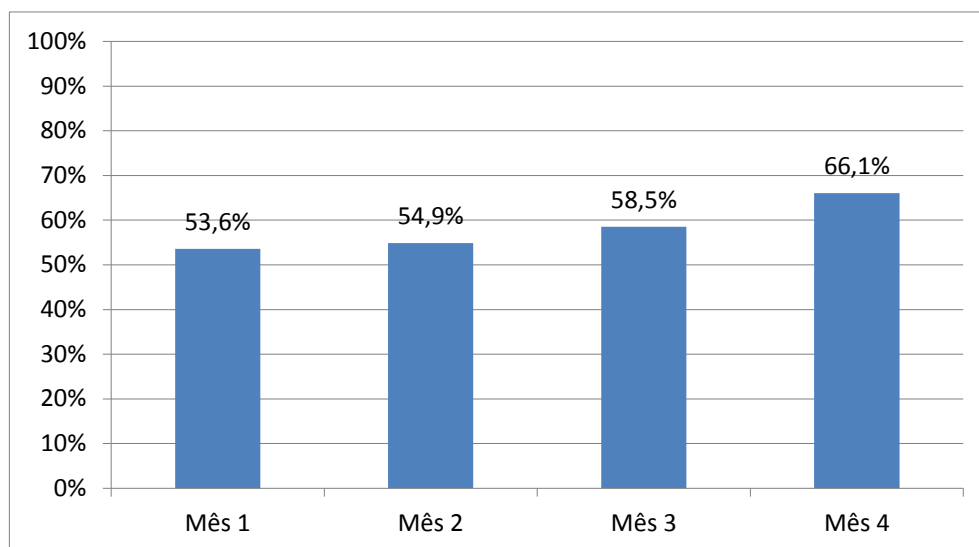


Figura 5 Gráfico: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita/PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Verifica que com relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês foi alcançado a meta de 6 (54,5%) usuários com exames complementares em dia, no segundo mês 17 (63,0%), no terceiro 24 (68,6%) e no quarto mês 27 (71,1%), conforme apresentado na figura 6.

Infelizmente não foi realizado 100% das metas planejadas para a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi devido a carência do município em dispor da realização destes exames na própria UBS, dificultando assim a sua realização. Apesar de não termos alcançados 100% avaliamos como um bom resultado para esta ação, já que foi realizado o exame complementar de acordo com o protocolo em mais de 66,1% dos hipertensos e 71,1% dos diabéticos.

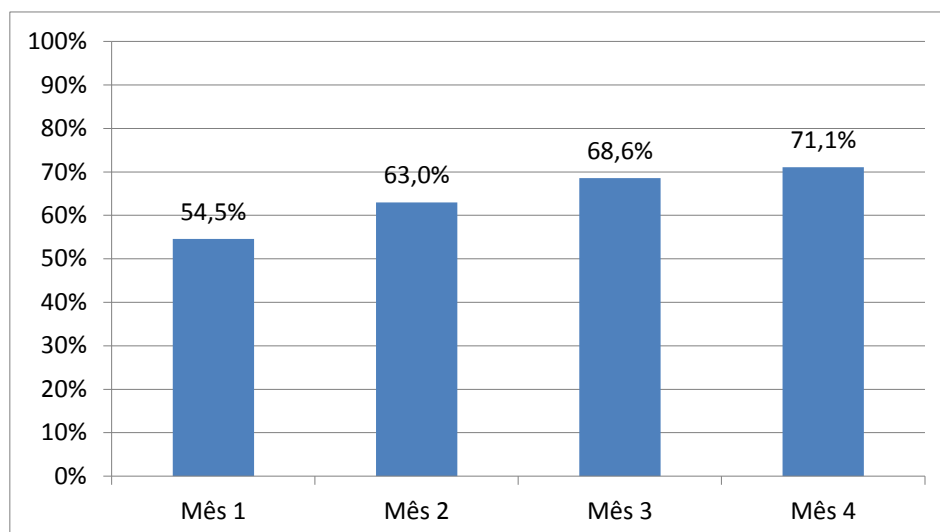


Figura 6 Gráfico: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Buscando ainda contribuir com a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, propomos como meta priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% destes usuários cadastrados e atendidos na UBS. Então no primeiro mês dos usuários hipertensos 51 (91,1%) dos usuários com hipertensão receberam prescrição destes medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 126 (95,5%), no terceiro mês 157 (96,2%) e no quarto mês 211 (97,2%), como mostra a figura 7.

Estes indicadores crescentes são decorrentes de ações realizadas na UBS, como o controle tanto da entrada, como da saída de medicamentos da farmácia popular, pois anteriormente não tinha esse controle e a farmácia da UBS muitas vezes ficava sem medicamentos por causa desse problema, mas que pouco a pouco foi solucionado com as ações do projeto de intervenção.

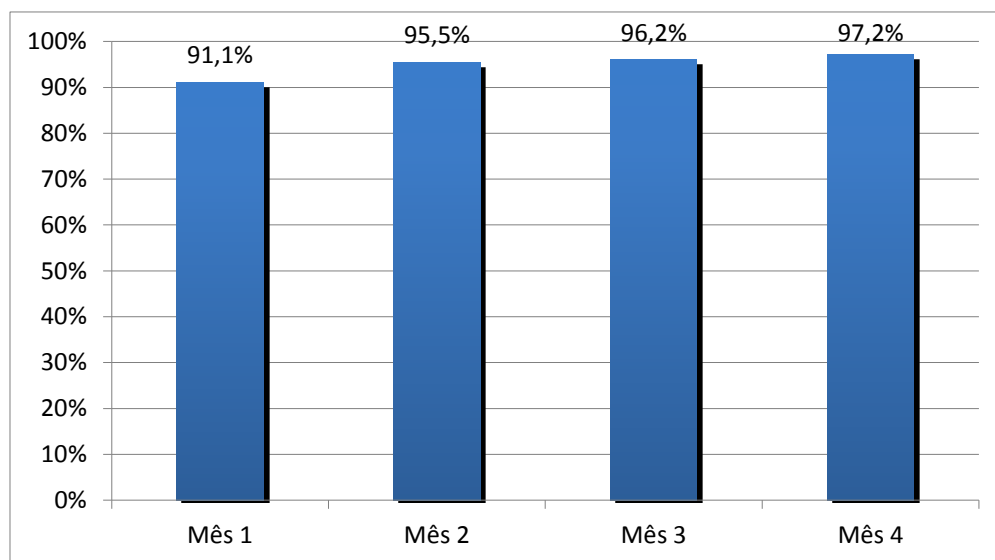


Figura 7 Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

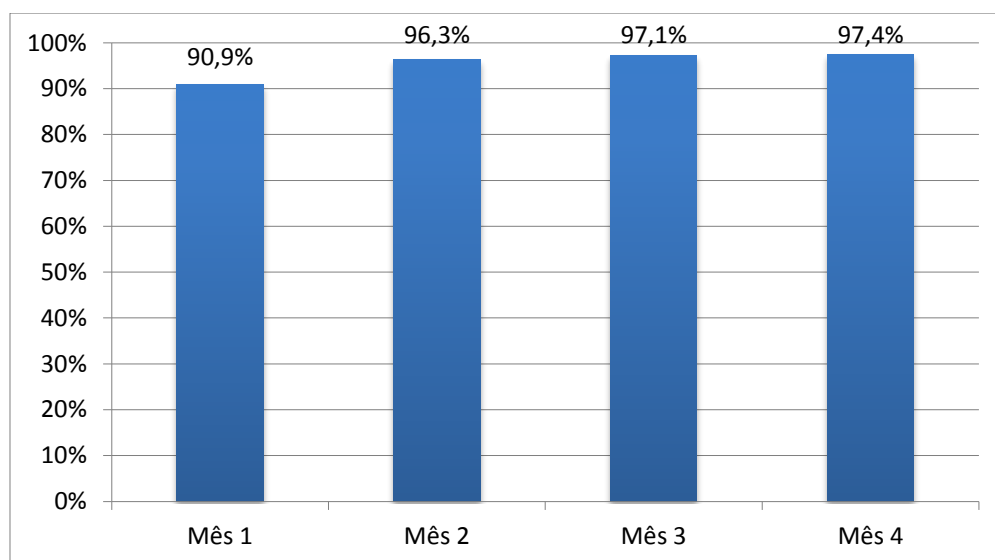


Figura 8 Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Buscando melhorar ainda mais a atenção ofertada aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% destes usuários. Porém, não conseguimos alcançar a meta planejada, mas tivemos resultados bem próximos ao almejado, pois em relação aos usuários com hipertensão no primeiro mês 49 (87,5%) foram avaliados, no segundo mês 126 (94,7%), no terceiro mês 152 (95,6%) e no quarto mês 211 (96,8%), como pode ser visto na figura 8.

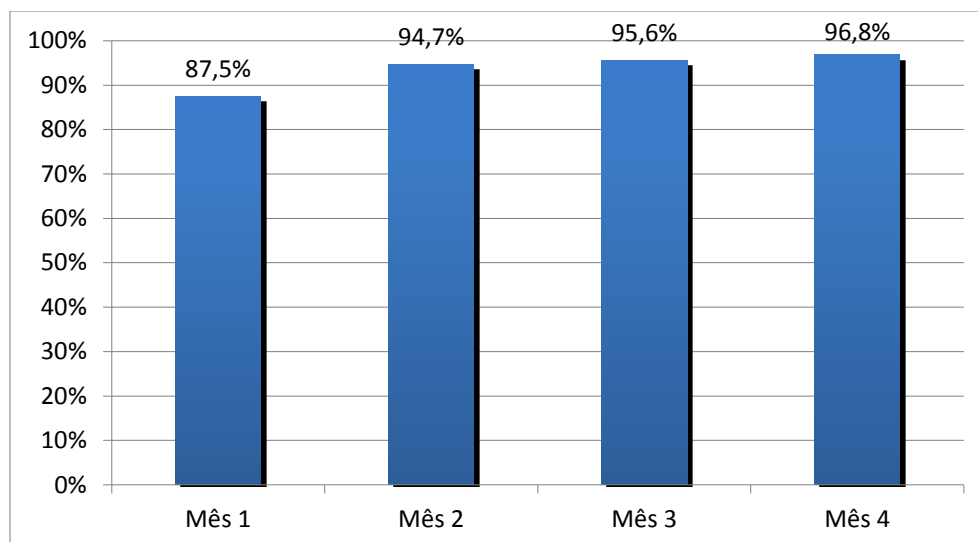


Figura 9 Gráfico: Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Já em relação aos usuários portadores de diabetes, resultou que no primeiro mês foram avaliados 10 (90,9%) diabéticos, no segundo mês 26 (96,3%), no terceiro mês 34 (97,1%) e no quarto mês 37 (97,4%), como apresentado na figura 9.

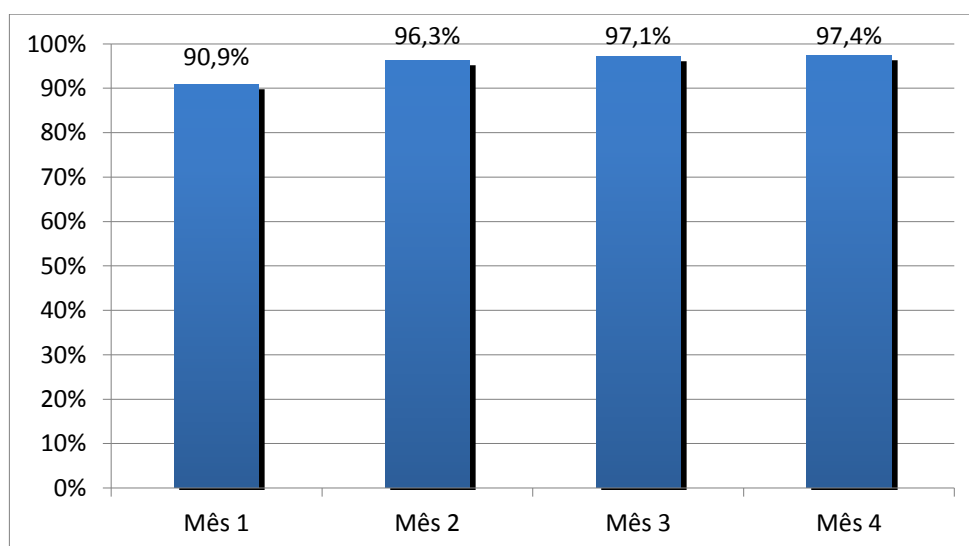


Figura 10 Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Os bons resultados destas metas são decorrentes de que durante todos os atendimentos clínicos eram feitos a avaliação de quais usuários precisavam de

atendimento odontológico, pois muitas doenças podem ser agravadas por causa de problemas de má higiene bucal. Esse avanço também deve a parceria firmada com o odontólogo da UBS.

Com a finalidade de atingir o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, foi proposto como meta alcançar 100% destes usuários faltosos as consultas na Unidade de Saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas agendadas na UBS foram localizados através da busca ativa. Sendo que no decorrer dos três meses do projeto de intervenção, buscamos 100% dos usuários faltosos as consultas, alcançando assim a meta proposta inicialmente. Para isto toda a equipe se empenhou desde a revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários faltosos com HAS e/ou DM e do cumprimento da periodicidade das consultas até a organização de visitas domiciliares para buscar esses usuários faltosos através dos ACS. Depois de tudo isso realizado a equipe adaptou a agenda médica para o atendimento destes usuários faltosos, sendo organizada na 1ª; 4ª; 8ª; 12ª e 16ª semana de intervenção.

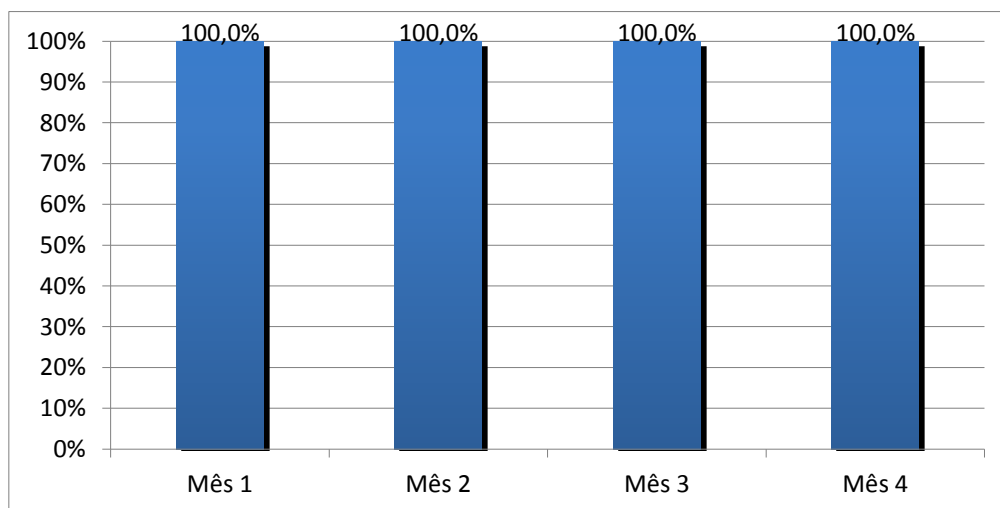


Figura 11 Gráfico: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

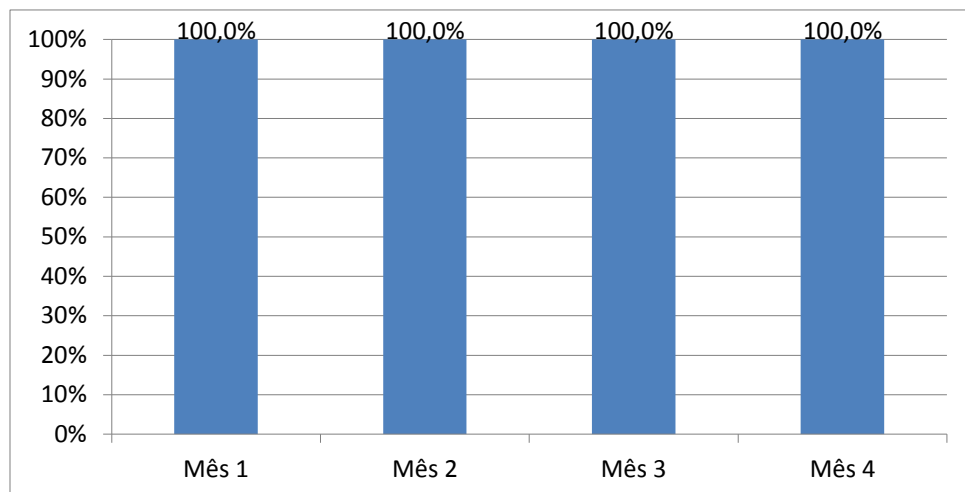


Figura 12 Gráfico: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

O engajamento público teve grande influência para conseguirmos atingir esta meta, pois vem proporcionar ao usuário um conhecimento e satisfação em relação a organização do atendimento ao público na UBS, buscando sensibilizar os usuários para participar das ações desenvolvidas não somente neste período de intervenção, mas também depois do término desta intervenção. O trabalho desta equipe está centrado em princípios de igualdade e equidade perante a comunidade atendida. Tendo como prioridade um bom atendimento a estes usuários.

Ainda em busca de melhorar a qualidade dos registros das informações e manter a ficha de acompanhamento, tivemos como meta alcançar 100% do preenchimento das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que são cadastrados na UBS. Foi visto que em relação aos usuários portadores de hipertensão, no primeiro mês 38 (67,9%) estavam com o registro correto na ficha de acompanhamento, no segundo mês 111 (85,0%), no terceiro mês 139 (87,4%) e no quarto mês 198 (90,8%). Valores esses bem próximos a meta proposta de 100%.

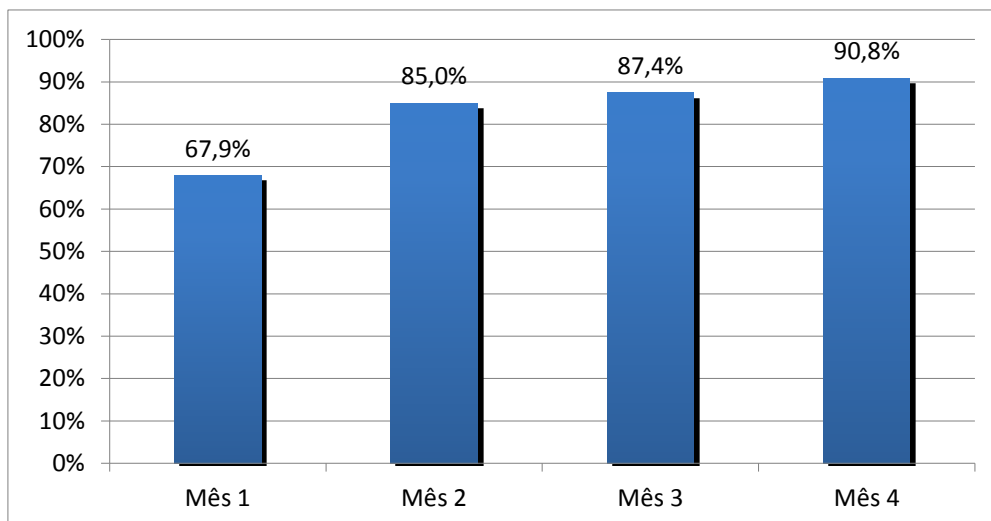


Figura 13 Gráfico: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Com relação aos usuários portadores de diabetes, observa que no primeiro mês, 8 usuários (72,7%) estavam com o registro correto na ficha de acompanhamento, no segundo mês 24 (88,9%), no terceiro mês 32 (91,4%) e no quarto mês 35 (92,1%).

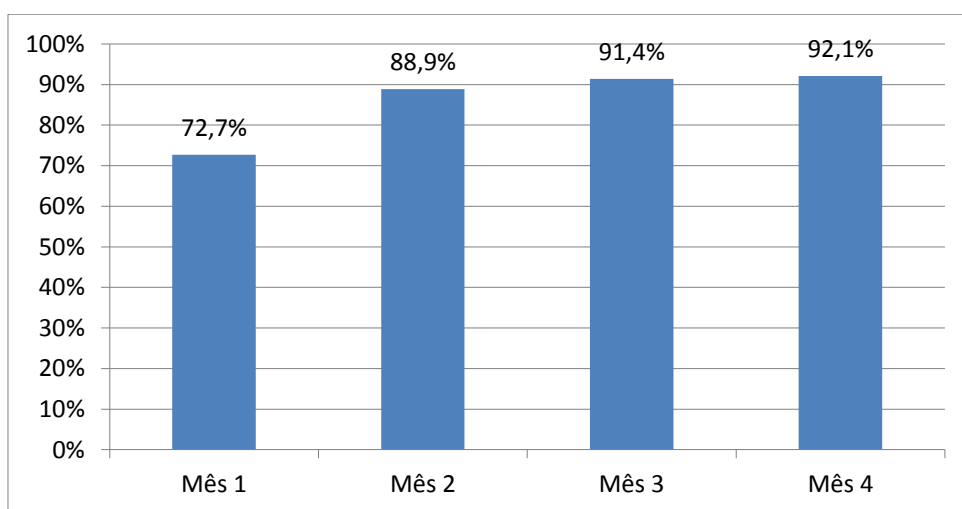


Figura 14 Gráfico: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Apesar de todos os esforços, a equipe não conseguiu a meta proposta, mas alcançou valores bem próximos. Então para a realização desta meta toda a equipe fez revisões das fichas de acompanhamento dos usuários com HAS e DM, com o objetivo

de melhorar a qualidade no acompanhamento desses usuários. Foi utilizada a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, disponibilizado pelo curso, como forma de sistema de registro onde foram arquivadas as informações resultantes desta intervenção. O que dificultou atingirmos essa meta foi um descuido da equipe, pois durante as férias do médico, os usuários que retornaram a consulta clínica não tiveram atualizados alguns dados na planilha eletrônica de acompanhamento, disponibilizada pelo Curso de Especialização, prejudicando o registro correto de informações de alguns usuários.

Visando alcançar o objetivo de mapear os usuários hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, propomos como meta realizar a estratificação em 100% destes usuários cadastrados na UBS. Como pode verificar na figura 15, com relação aos usuários hipertensos, no primeiro mês conseguimos mapear 38 (67,9%) dos usuários com riscos cardiovasculares, no segundo mês 115 (86,5%), no terceiro mês 141 (88,7%) e no quarto mês 200 (91,7%).

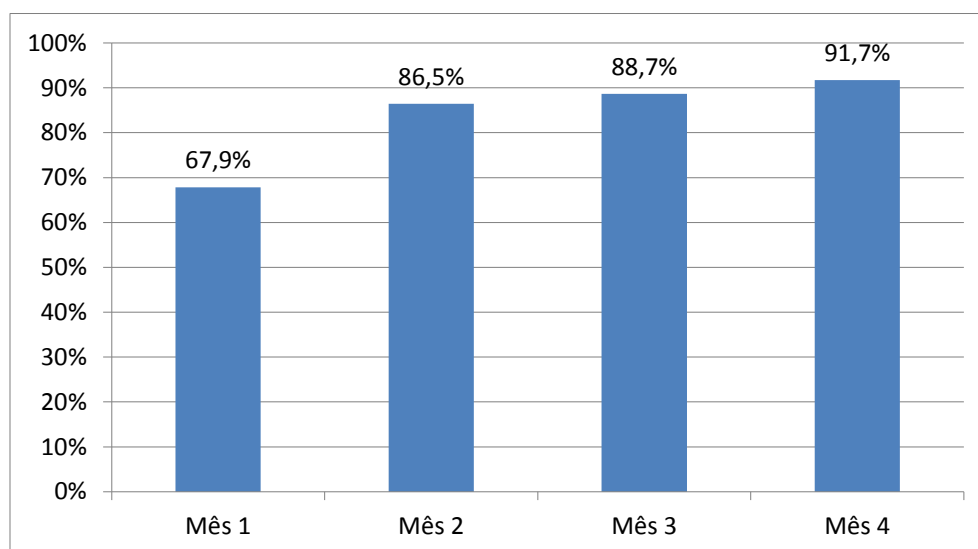


Figura 15 Gráfico: Proporção de hipertensos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Já com relação aos usuários portadores de diabetes, no primeiro mês conseguimos alcançar 8 (72,7%) dos usuários cadastrados no programa, a estratificação de risco cardiovascular, já no segundo mês 24 (88,9%), terceiro mês 32 (91,4%) e no quarto mês 35 (92,1%), conforme apresentado na figura 16.

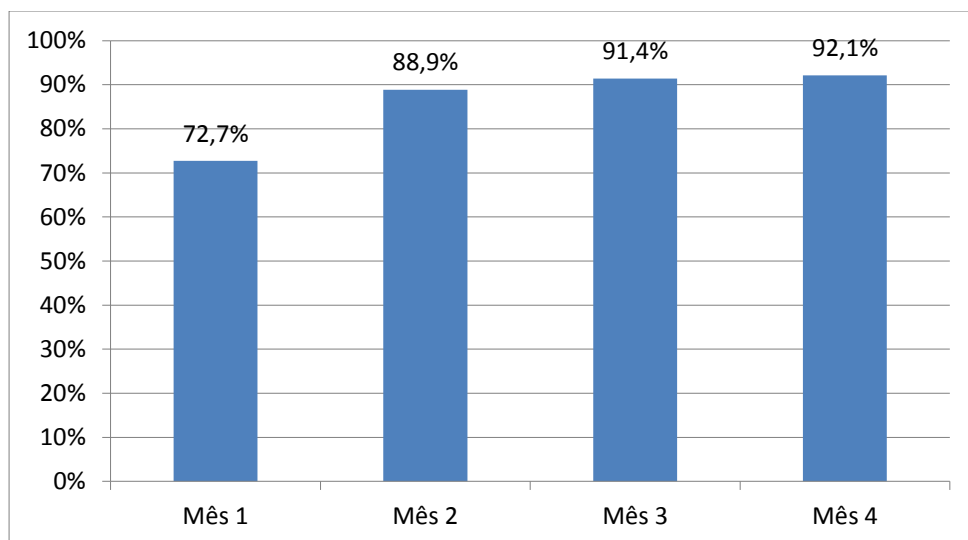


Figura 16 Gráfico: Proporção de diabéticos com mapeamento de risco para doença cardiovascular na UBS Centro de Saúde Santa Rita, PI. 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados – UFPel.

Com o apoio de toda a equipe foi realizado durante os atendimentos clínicos a estratificação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Depois foi priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. E consequentemente organizada a agenda para o atendimento desta demanda. Todos os usuários foram orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Também foi esclarecido para os usuários e comunidades, em consultas clínicas, palestras e grupo de hipertensos e ou diabéticos, o quanto é importante o controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, prática de atividade física, redução do consumo de etilismo e tabagismo). Outro fator que contribui para o alcance destas metas foi à união e colaboração de toda equipe.

Nossa última meta, mas não menos importante foi promover a saúde de hipertensos e diabéticos que é tão importante na vida do ser humano, pois não adianta fazer o tratamento medicamentoso e não cuidar da alimentação e praticar exercícios físicos, garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal. Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes quatro meses de intervenção conseguimos cumprir

a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Para isto contamos com o apoio da psicóloga, nutricionista, enfermeira, odontólogo da UBS e educador físico disponibilizado pelo gestor para nos auxiliar nesta intervenção. Auxílio este que será mantido mesmo após o termino da intervenção. Aliás todas as ações desta intervenção que foram realizadas nesta UBS vão ser mantidas pois elas só vieram a acrescentar e a melhorar a qualidade de vida destes usuários, como também melhorou o serviço de toda a equipe da UBS.

4.2 Discussão

A intervenção aconteceu durante 16 semanas consecutivas, na UBS Centro de Saúde Santa Rita, no município de Tamboril do Piauí/PI. Os objetivos alcançados nesta intervenção foram satisfatórios, pois enriqueceu bastante os trabalhos realizados nesta UBS.

Esta intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a melhoria no atendimento a estes e demais usuários, a realização de exames clínicos e complementares, a melhoria nos registros permitindo assim o melhor controle do cadastramento e acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, a realização da classificação de riscos para ambos os grupos, orientações sobre uma alimentação saudável, prática de atividades físicas, higiene bucal, bem como atuar com maior ênfase sobre os fatores de riscos modificáveis como o tabagismo e alcoolismo, que trazem sérios problemas de saúde.

A adesão à intervenção deve-se principalmente, a participação e união da equipe, as lideranças comunitárias e a participação assídua da comunidade da área adstrita. Esta intervenção exigiu que toda a equipe da UBS fosse capacitada, tanto para o acolhimento destes usuários, como para o cadastramento da população alvo de toda área de abrangência da unidade de saúde, para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para a realização do hemoglicoteste. Seguindo assim as recomendações do Ministério da Saúde, com base no Manual do Programa de Hipertensão e Diabetes, do ano de 2013, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e/ou diabetes. Todas estas atividades promoveram uma ação integrada de toda a equipe da UBS, médico, enfermeira,

auxiliares de enfermagem e recepção, ACS, nutricionista, psicóloga, odontólogo e um educador físico disponibilizado pelo gestor. Integração esta que nos proporcionou um bom trabalho em equipe fazendo com que assim alcançarmos nossos objetivos.

Foram delimitadas as atribuições de cada profissional e sensibilizado sobre a importância de todos nesse trabalho. Todos os membros tiveram atribuições como: os ACS na divulgação desta intervenção, cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, busca ativa aos usuários faltosos as consultas agendadas; auxiliares de enfermagem auxiliaram o médico e enfermeira durante os atendimentos clínicos; nutricionista, psicóloga, odontólogo, médico, enfermeira e educador físico foram responsáveis por palestras e grupos de orientação aos cuidados com a saúde e prevenção de riscos; a recepcionista ficou incumbida do acolhimento e recepção desses usuários; o médico e enfermeira ficaram responsáveis pelos atendimentos clínicos e orientação quanto aos cuidados com a alimentação, a prática de atividades físicas, higiene bucal e o uso de álcool e o tabagismo. A equipe também realizou visitas domiciliares com o intuito de melhorar o atendimento de usuários impedidos de ir a UBS por motivos de estarem acamados ou de difícil locomoção.

Esta intervenção teve grande repercussão nos serviços de saúde, oferecidos pela UBS, já que foram feitas diversas mudanças positivas no processo de trabalho. Isto acabou tendo impacto em outros atendimentos realizados na UBS, pois o gestor da UBS observou que estas ações estavam melhorando a qualidade nos atendimentos dos hipertensos e/ou diabéticos que decidiu ampliar estas ações em outros níveis que venham contribuir com outras melhorias na qualidade no atendimento dos demais usuários da UBS.

Antes da realização desta intervenção as atividades de atenção a hipertensão e ao diabetes eram restritas apenas no médico e isso mudou com a intervenção, pois todos os profissionais foram sensibilizados sobre a importância da atuação de todos nas ações de saúde desenvolvidas na unidade. Este projeto possibilitou rever o atendimento e cadastramento que vinha sendo utilizado na UBS, viabilizando uma melhor qualidade deste atendimento, aumentando assim a cobertura de um maior número de usuários cadastrados na UBS. Bem como contribuiu com diversas melhorias nas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Sendo que a

classificação de riscos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento destes usuários.

Os impactos desta intervenção estão pouco a pouco sendo notados pela comunidade. Os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares demonstram satisfação com o atendimento, as visitas domiciliares, os grupos de orientação e palestras desenvolvidas durante este período de intervenção.

Apesar de todos os esforços e da ampliação da cobertura do programa, a UBS ainda conta com alguns usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda não foram cadastrados. Devido a um despreparo por parte de alguns membros da equipe no momento do cadastramento destes usuários, mas este problema já está sendo solucionado.

A intervenção gerou muitos frutos que irão perdurar por muitos anos. Agora que chegamos ao fim deste projeto podemos perceber que toda a equipe estava integrada e comprometida com esta intervenção, fazendo com que assim ela seja incorporada a rotina de serviços da UBS. Algumas dificuldades foram encontradas, mas ao longo do tempo servirão de base para melhorarmos a qualidade de nossas ações junto ao atendimento destes usuários e de toda a comunidade.

Para isto iremos ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários da área adstrita da UBS, conscientizando toda a comunidade em relação à necessidade da priorização da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos em especial os de alto risco.

Então, todas as ações, realizadas durante este período de intervenção, serão incorporadas a rotina da UBS, inclusive o apoio de um educador físico, pois a UBS antes desta intervenção não contava com o apoio deste profissional.

Se a intervenção fosse realizada neste momento mudaria algumas coisas em relação ao cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos como um treinamento mais rigoroso para toda a equipe de saúde desta UBS, para que não ocorressem os erros que foram cometidos durante o cadastramento dos usuários, para que alcançássemos um percentual mais alto.

O próximo passo, para que possamos garantir a melhoria da atenção a estes usuários, é que a partir dos próximos meses iremos dar continuidade às ações desenvolvidas nesta intervenção ampliando assim a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos. Tomando este projeto com exemplo pretendemos implementar a

intervenção em outros programas, como pré-natal na UBS Centro de Saúde Santa Rita.

5. Relatório da intervenção para gestores

Ilmo. Gestor Municipal de Saúde,

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção, sobre o tema Melhoria da Atenção à Saúde de usuários Hipertensos e/ou Diabéticos maiores de 18 anos, na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do Piauí/PI.

Após observações, estudos e análise situacional, foi identificado que os usuários hipertensos e/ou diabéticos deste município precisavam de um acompanhamento mais organizado a respeito de seu tratamento. Visando orientar e incentivar o usuário a refletir sobre seu estilo de vida, que influencia direta e indiretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Diante disso, o objetivo geral deste projeto foi Melhorar à Atenção de Hipertensos e Diabéticos maiores de 18 anos, na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do Piauí/PI.

A intervenção teve início com a apresentação do projeto a toda equipe de saúde, onde foi discutido e apreciado por todos. Realizamos também a capacitação de toda a equipe sobre atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM, enfatizando sobre o acolhimento, adoção dos protocolos referente à saúde destes usuários e sobre as informações que devem ser fornecidas aos familiares e à comunidade.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro a junho de 2015.

Visando atingir o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi proposto como meta, cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita da UBS do Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Dessa forma, com relação aos hipertensos conseguimos atingir no final da intervenção, uma cobertura de 88,6% usuários e 100% dos diabéticos. Para conseguirmos obter estes resultados contamos com o apoio imprescindível de toda a equipe da UBS.

Além disso, um grande percentual de hipertensos e/ou diabéticos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, os usuários faltosos as consultas receberam busca ativa. Além de que, mais de 90% dos usuários com HAS

e DM cadastrados no programa estavam com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, e receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos sobre a prática do tabagismo e etilismo e orientações sobre higiene bucal.

Para registrar as informações dos usuários com HAS e DM relativas aos atendimentos clínicos e demais ações desenvolvidas na intervenção utilizamos a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Assim, todas as informações dos usuários acompanhados no serviço de saúde, eram escritas na ficha-espelho e eram repassadas também para o prontuário de cada usuário e para a planilha de coleta de dados, a fim de monitorar a intervenção.

Uma das dificuldades encontradas e superadas é no que diz respeito a realização de exames clínicos e exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Pois o que pudemos perceber que ao final desta intervenção teve um avanço em ritmo lento, porém de verdadeiro valor para esta intervenção, pois antes este número era pequeno e com o apoio do gestor esse número aumentou, o que significa um ganho na oferta das ações de qualidade, tanto no atendimento destes usuários como na saúde dos mesmos.

Durante este período foram realizadas ações para auxiliar na melhor qualidade de atenção à saúde básica como: cadastramentos e atendimentos clínicos, palestras educativas, grupos de hipertensos e diabéticos e orientações como evitar riscos e agravos.

O que contribuiu bastante para o desenvolvimento e qualidade desta intervenção foi o apoio de um educador físico que nos auxiliou em relação as orientações sobre a importância de ter uma vida ativa praticando atividades físicas. Fato este que só foi possível pelo apoio da gestão, pois a UBS Centro de Saúde Santa Rita não contava com o apoio deste profissional.

Apesar de todas as dificuldades, acreditamos que dando continuidade as atividades da intervenção possam melhorar a cobertura do programa, atenção à saúde dos usuários, do trabalho em equipe e a relação com a comunidade. Consideramos que houve vários avanços e melhorias no serviço de saúde com a realização da intervenção.

Entretanto, é preciso repensar nos modelos vigentes de atendimento, devemos inserir na rotina da UBS atividades de educação em serviço, com capacitações que

contribua para proporcionar um bom atendimento a todos os usuários da comunidade. Neste sentido é necessário que a gestão fortaleça estas iniciativas para que os resultados obtidos neste período se prolonguem por muito tempo. Melhorando a qualidade de vida tanto destes usuários hipertensos e diabéticos, como de todos os usuários atendidos na UBS.

Quero agradecer o apoio recebido pela gestão durante toda a intervenção e que seja permanente, para que possamos garantir a continuidade das ações. Seguimos contando seu apoio.

Muito obrigado.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Cara Comunidade:

Este relatório visa informar para a comunidade como foi desenvolvido e quais os resultados obtidos durante a intervenção realizada na UBS Centro de Saúde Santa Rita no município de Tamboril do Piauí/PI. Na UBS desde o mês de fevereiro até junho de 2015, foram desenvolvidas diversas atividades por toda equipe de profissionais atuantes na unidade. Essas ações fazem parte do Projeto de Intervenção, ação que é proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, coordenado pela Universidade Federal de Pelotas. Este trabalho teve duração de 16 semanas, tendo como população-alvo, os usuários portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes mellitus da área de abrangência da UBS, cujo intuito foi desenvolver uma melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos atendidos nesta UBS.

Todas as ações desenvolvidas pelo projeto foram organizadas e seguiram um cronograma de ações para que fosse feito um trabalho coordenado e planejado, buscando a organização e qualidade dos serviços prestados a comunidade. Durante este período de intervenção foram realizadas ações como: cadastramento e atendimento clínico, tanto na zona urbana como rural deste município, grupos de hipertensos e diabéticos com diferentes temas, palestras educativas no sobre alimentação saudável, sobre o uso de álcool e tabaco, atividades físicas e higiene bucal. Todas as palestras tinham o intuito de orientar a população sobre determinado tema seus riscos e benefícios à saúde.

Também foram realizadas visitas domiciliares para aqueles usuários impossibilitados de irem a UBS por estarem acamados. Durante as visitas, a equipe da UBS orientou o usuário e familiares sobre diversos assuntos tais como alimentação, o uso contínuo do tratamento medicamentoso.

Neste período promovemos diversas ações, inicialmente qualificando os profissionais da UBS, através de reuniões, discussões, seminários, palestras, sobre atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, acolhimento aos usuários, e na realização dos exames clínicos e complementares. Nesse período também fizemos a reorganização das agendas, delimitamos responsáveis para realizar o acolhimento dos usuários tanto através da demanda espontânea, quanto os que estavam com consultas agendadas, foram inseridos os dados das consultas nos respectivos documentos de cada usuário, o que contribuiu para a organização dos registros feitos durante os atendimentos, visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde. Conseguimos aumentar a cobertura de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

O aumento do número de realização de exames clínicos e complementares também foi uma melhoria na qualidade dos atendimentos da UBS. Todo esse trabalho foi integrado e com a participação de todos os profissionais da UBS. Pois sem a equipe não conseguiríamos reunir esses usuários nos diversos grupos de saúde que foram realizados durante esse período, atividades essas de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

Os ACS tiveram grande participação no desenvolvimento desta intervenção desde a divulgação à busca ativa dos usuários faltosos. Também contamos com o apoio de um educador físico disponibilizado pela gestão desta UBS o que nos auxilia bastante nas palestras e grupos de hipertensos e/ou diabéticos.

Também contamos com uma ampliação da realização de exames complementares, todos os usuários eram avaliados e encaminhados ao odontólogo de acordo com a necessidade.

Durante estes quatro meses de intervenção, pudemos perceber o quanto foi importante para a população deste município as informações adquiridas durante este período. Pois a informação é fundamental para o cuidado com a saúde.

Todas estas realizações só foram possíveis graças ao estímulo ao engajamento ao público realizado pela UBS e a força de vontade da população deste município. Sendo que desde o primeiro dia de intervenção ao último dia a população se animava mais. Pois o conhecimento gera alegria e autoestima, fatores estes que associados à força de vontade faz com que o usuário possa lidar melhor com sua doença.

Com os diversos benefícios adquiridos neste período de intervenção, chegamos à conclusão que estas ações devem ser incorporadas a rotina da UBS para que todos os usuários possam ser beneficiados ao longo do tempo.

E desde já, contamos com a participação efetiva de toda a comunidade nas ações promovidas pelos profissionais da UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família oferecido pela Universidade Federal de Pelotas - UFPel teve grande importância em minha prática profissional, pois com a realização deste curso pude adquirir novos conhecimentos a cerca da Estratégia Saúde da Família – ESF.

No início do curso tive algumas dificuldades por se tratar de um novo ambiente e que aos poucos e com ajuda de minha orientadora Tâmara Vieira pude conseguir dar andamento ao curso. Minhas expectativas foram as melhores possíveis, pois se tratava de uma oportunidade para mim, que estava vindo de outro país, poder aprender mais sobre assuntos relacionados à Atenção Básica a Saúde deste país.

O curso contou com um ótimo ambiente virtual de aprendizagem com fóruns para a interação da turma sobre diversos temas trabalhados, atividades de práticas clínicas, casos interativos, testes de qualificação cognitivas e a realização de um projeto de intervenção como requisito de trabalho de conclusão do curso.

Tive também a oportunidade de aperfeiçoar meu processo de trabalho com a realização do projeto de intervenção voltado a Melhoria da Atenção à Saúde de usuários Hipertensos e Diabéticos maiores de 18 anos, na UBS Centro de Saúde Santa Rita, Tamboril do Piauí/PI.

Sendo que, além de melhorar a qualidade nos atendimentos a estes usuários, eu e minha equipe de trabalho tivemos a oportunidade de rever nossos métodos de trabalho a fim de melhorarmos a nossa atuação.

Com a realização deste curso aprendi que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois assim podemos apresentadas todas as necessidades da população assistida e podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Referências

ALFRADIQUE, M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.25,v.6,p.:1337- 1349, jun./ 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tamboril do Piauí. Acesso: 22 jun. 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=221095&search=piaui%7Ctamboril-do-piaui>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol, 2006 Fev: 1–48.

World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

Anexos

Apêndice A – Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

| | | |
|---|---|---|
| No número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (Área de abrangência da UBS) | ➔ | Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequentam o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/PS, deve sair de uma entrevista (*) Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização. |
| Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (Área de abrangência da UBS) | ➔ | Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequentam o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/PS, deve sair de uma entrevista (*) Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização. |

| HIPERTENSOS | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | OBSERVAÇÕES |
|--|-------|-------|-------|-------|---|
| Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês de intervenção | | | | | Considere as pessoas que não são HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS, mas usam o Programa de atenção ao hipertenso. Não pode obter este dado contando as fichas observadas. Verifique sempre o nome completo. |
| DIABÉTICOS | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | |
| Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês de intervenção | | | | | Considere as pessoas que não são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético. |

***Estimativas no território**

| | |
|---|---|
| População total: | |
| Estimativa das pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total) | |
| Estimativa das pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (MGTEL, 2011) | 0 |
| Estimativa das pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (MGTEL, 2011) | 0 |

Deixe a população total mais próxima de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (valor estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este será o número final estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve corrigir os dados.

Este será o número final estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve corrigir os dados.

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante